

原发性肺淋巴瘤一例

吴坤乾, 李笃谦

【关键词】肺淋巴瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 病理学

【中图分类号】R734.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2015)09-0971-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2015.09.023

病例资料 女, 59 岁, 因 3 天前受凉后出现咳嗽, 咳白色粘痰, 伴活动后胸闷胸痛。查体: 全身浅表淋巴结无肿大, 双肺呼吸音粗, 右肺可闻及哮鸣音。相关辅助检查: HGB 101 g/L, PLT 72×10^9 /L; 肿瘤标志物 CA125 145.4 U/L, CA199 109.8 U/L。胸部 CT 示双肺多发斑片状、大片状实变影及磨玻璃影, 密度不均, 多数边缘较清, 以支气管血管束周围及肺外带分布为主, 较大病变内见支气管充气征, 边缘可见粗短毛刺或棘状突起, 肺门、纵隔及胸膜未见异常(图 1、2)。CT 引导下右肺病变穿刺活检, 病理显示大量不成熟的小淋巴细胞浸润(图 3), 免疫组化: LCA(+), CD20(+), CD79a(+), CD3(-), CD56(+), CK(-), CD138 局灶(+), NSE(+), CgA(-), Syn(-)。病理诊断: 非霍奇金恶性淋巴瘤, B 系, 考虑为浆细胞性淋巴瘤。给予 CHOP 方案化疗 2 个月后复查 CT, 可见双肺病灶明显缩小(图 4)。随访半年腹盆部 MRI 未见淋巴结及脾脏肿大。

讨论 原发性肺淋巴瘤(primary pulmonary lymphoma, PPL)是一种罕见的结外淋巴瘤, 占全部淋巴瘤的 0.4%, 占结外淋巴瘤的 3.6%, 其中绝大多数为非霍奇金淋巴瘤, 诊断标准: ①病理学确诊; ②影像学显示肺、支气管受累, 但未见纵隔淋巴结肿大; ③无肺及支气管外其他部位的淋巴瘤或淋巴细胞性白血病的证据; ④发病后 3 个月仍未出现胸外淋巴瘤的征象。本例病理类型为浆细胞性淋巴瘤, 是一种罕见的低度恶性小 B 细胞淋巴瘤, 约占非霍奇金淋巴瘤的 1%, 确诊后随访半年无淋巴结受累及肺外淋巴瘤表现, 符合 PPL 的诊断。PPL 多见于 60 岁左右的中老年患者, 男性稍多见, 病程长, 症状轻, 约半数患者无症状, 常见症状主要为咳嗽、发热、胸痛、咯血、呼吸困

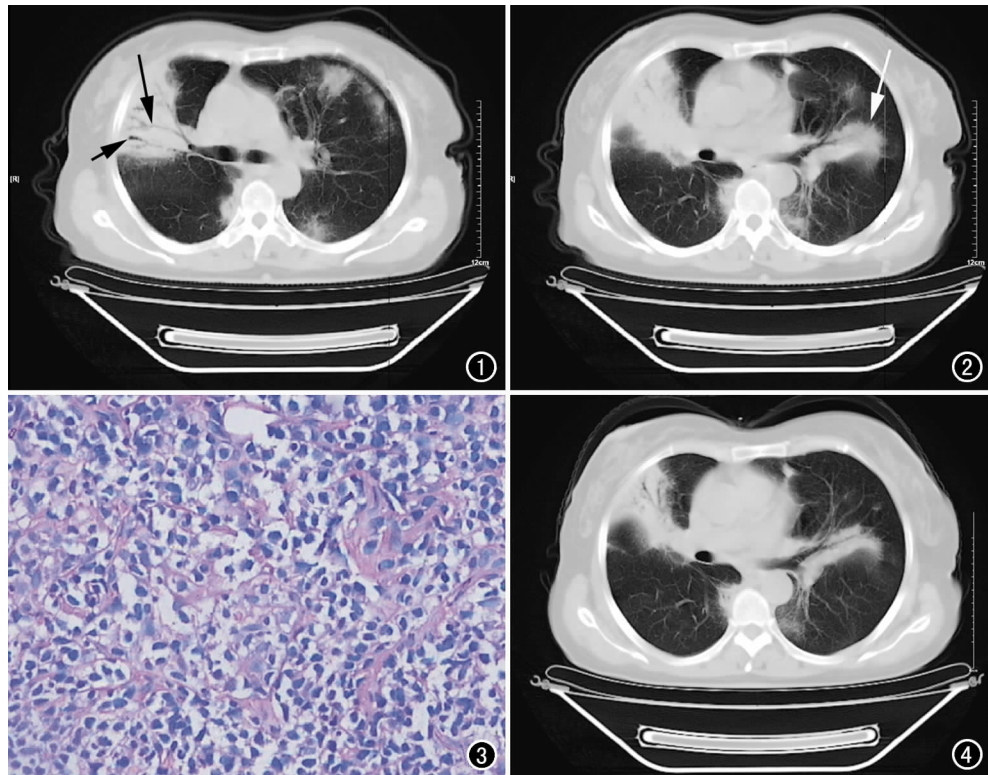


图 1 CT 示双肺多发斑片状、大片状实变影及磨玻璃影, 可见“支气管充气征”(长箭), 病变内充气的支气管轻度扩张(短箭)。图 2 CT 示右肺病变跨中、上两叶, 左肺上叶肿块边缘可见“毛刺征”(箭)。图 3 镜下示大量不成熟的小淋巴细胞($\times 40$, HE)。图 4 复查 CT 示化疗后双肺病灶明显缩小。

难和消瘦。

PPL 根据影像表现可分为 5 型: 结节肿块型、肺炎肺泡型、间质型(支气管血管-淋巴管型)、粟粒型(血行播散型)、混合型^[1], 以结节肿块型、肺炎肺泡型及混合型最常见, 间质型和粟粒型相对少见。综合文献^[2,3]及本例观察, 笔者将 PPL 的 CT 特点总结为“四多四少”, “四多”即为: ①病灶多, PPL 病变主要位于支气管周围及胸膜下间质, 影像学表现为沿支气管血管束分布的多发结节、肿块和实变等多种形态病变, 常累及右肺中叶, 具有跨叶分布的特点; ②“支气管充气征”多见, 在结节、肿块及实变影中均可见到, 多数支气管内壁光滑, 但可轻度扩张; ③磨玻璃影多见, 病灶周围多呈磨玻璃样改变, 为周围间质浸润的表现; ④病灶强化多见, 大多数 PPL 病灶呈中-重度强化, 因此增强扫描对 PPL 鉴别诊断有一定意义。“四少”即为: ①空洞少, 少数高度恶性的 PPL 病变内可出现坏死, 形成不规则空洞; ②钙化少, PPL 治疗前极少出现钙化, 除非合并感染; ③胸腔积液少, 文献报道的发生率差异较大, 3%~20%不等, 主要

作者单位: 445400 湖北, 利川市民族中医院放射科

作者简介: 吴坤乾(1980-), 男, 湖北秭归人, 主治医师, 主要从事医学影像诊断工作。

表现为少量胸水且一般无胸膜增厚;④肺门及纵隔淋巴结肿大极少,PPL 进展时可累及肺门及纵隔淋巴结,有学者认为肺门及纵隔淋巴结受累是预后不良的指标^[4]。

PPL 预后通常很好,但临床误诊率较高,上官宗校等^[5]报道的一组病例误诊率达 86.2%,常与淋巴细胞性间质性肺炎、淋巴瘤样肉芽肿、假性淋巴瘤、韦格肉芽肿、支气管肺泡癌、肺转移瘤等疾病鉴别困难,确诊最终依赖于组织病理学及免疫组织化学检查,因此笔者认为,当 CT 表现符合“四多四少”特点时,应及时行 CT 引导下经皮肺穿刺活检甚至外科肺活检,以便早期确诊。

参考文献:

[1] 彭刚,朱晓华,孙兮文,等.原发性肺非霍奇金淋巴瘤的 CT 表现

[J].中华放射学杂志,2008,42(2):141-144.

[2] 田欣伦,冯瑞娥,施举红,等.原发性肺淋巴瘤 18 例临床和影像及病理特点[J].中华结核和呼吸杂志,2008,31(6):401-405.

[3] 邱乾德,吴海,林达,等.原发性肺非霍奇金淋巴瘤的 CT 诊断[J].放射学实践,2011,26(8):836-840.

[4] Huang J, Lin T, Li ZM, et al. Primary pulmonary non-Hodgkin's lymphoma: a retrospective analysis of 29 cases in a Chinese population[J]. Am J Hematology, 2010, 85(7): 523-525.

[5] 上官宗校,周先勇,周建英,等.原发性肺非霍奇金淋巴瘤的诊断和治疗(综合国内 94 例分析)[J].中华肿瘤防治杂志,2008,15(1): 50-53.

(收稿日期:2014-12-02 修回日期:2015-01-03)

《放射学实践》(英文稿)稿约

《放射学实践》是由国家教育部主管,华中科技大学同济医学院主办,与德国合办的全国性影像学学术期刊,创刊至今已 30 周年。本刊坚持服务广大医学影像医务人员的办刊方向,关注国内外影像学的新进展、新动态,全面介绍 X 线、CT、磁共振、介入放射及放射治疗、超声诊断、核医学、影像技术学等医学影像方面的新知识、新成果,受到广大影像医师的普遍喜爱。

本刊为国家科技部中国科技论文核心期刊、中国科学引文数据库统计源期刊,在首届《中国学术期刊(光盘版)检索与评价数据规范》执行评优活动中,被评为《CAJ—CD 规范》执行优秀期刊。

2012 年始本刊拟在英文专栏刊发全英文文稿。

1. 文稿应具科学性、创新性、逻辑性,并有理论和实践意义。论点鲜明,资料可靠,数据准确,结论明确,文字简练,层次清楚,打印工整。

2. 本刊实行盲法审稿,来稿附上英文稿一份,中文对照稿两份(用小 4 号字、1.5 倍行距打印),文稿中不出现任何有关作者本人的信息。另纸打印一份中英文对照的文题、作者姓名、作者单位(应准确、规范、完整)及邮政编码。如系 2 个单位及以上者,则在作者姓名右上角排阿拉伯数字角码,按序将单位名称写于作者下方。并注明第一作者的性别,职称及第一作者或联系人的电话号码,E-mail 地址。

3. 来稿须经作者所在单位审核并附单位推荐信。推荐信应证明内容不涉及保密、署名无争议、未一稿两投等项。

4. 论著采用叙述式摘要。关键词一般 3~5 个,请采用最新版的 MeSH 词表(医学主题词注释字顺表)中的主题词。MeSH 词表中无该词时,方可用习用的自由词。使用缩略语时,应在文中首次出现处写明中、英文全称。

5. 表格采用三线表,表序按正文中出现的顺序连续编码。数据不多、栏目过繁、文字过多者均不宜列表。表内同一指标数字的有效位数应一致。

6. 线条图应另纸描绘,全图外廓以矩形为宜,高宽比例约为 5:7,避免过于扁宽或狭长。照片图须清晰,像素高,层次分明,图题及图解说明清楚。

7. 参考文献必须以作者亲自阅读过的近年文献为主,并由作者对照原文核实(请作者在文章发表前提供 PubMed 等数据库的所含文献页面)。文献一般不少于 30 篇。内部刊物、未发表资料、私人通讯等勿作参考文献引用。参考文献的编号按照在正文中出现的先后顺序排列,用阿拉伯数字加方括号角注。并按引用的先后顺序排列于文末。

《放射学实践》编辑部